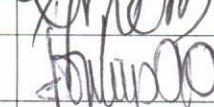
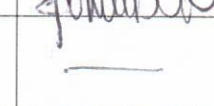
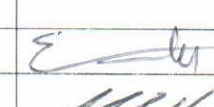


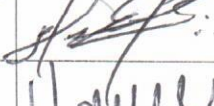
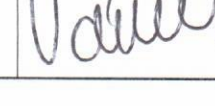

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 1 de 12

LUGAR: OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD

ACTIVIDAD: Comité Virtual de Gestión y Desempeño **CAPACITACION** **REUNION** **x**


ACTA NO. : 003 **FECHA: 27/01/2022** **HORA: 08 30 am**

Asistentes:

NOMBRES	ROL	AREA O SERVICIO	FIRMA
Miguel Tonino Botta Fernández	Gerente	Gerencia	
Ruth Xiomara Rodriguez	Subgerente	Subgerencia Administrativa	
Maribel Trujillo Botello	Subgerente	Subgerencia Salud	
Doris Angarita Acosta	Asesor	Planeación y Calidad	
Marco Antonio Navarro Palacios	Líder	Gestión y desarrollo del talento Humano	
Enmanueli Caicedo Fuentes	Asesor Jurídico	Jurídica	
Martin Eduardo Herrera	Asesor	Control Interno de Gestión	
Javier Ricardo Tarazona	Profesional Universitario	Sistemas	
Jonathan A. Gelvez Ramos	Profesional de Apoyo SIG	Oficina de Planeación y calidad	
Luis Eduardo Velasco Marquez	Profesional Especializado	Oficina de Planeación y calidad	
Vanessa Contreras Fuentes	Profesional de Apoyo SIG	Oficina de Planeación y calidad	

Orden del Día:

0. Verificación del Quórum.
1. Apropiación del Direccionamiento Estratégico
2. Verificación de Compromisos anteriores
3. Aprobación de Documentos por parte de los miembros de comité,
4. Plan de Acción vigencia 2022
5. Aprobación del Plan Anticorrupción y atención al ciudadano
6. Aprobación de Planes de acuerdo al Decreto 612 de 2018
7. Intervención Recursos Financieros
8. Aprobación Cronograma de Ejes de Acreditación
9. Aprobación de la Estructura de Mejoramiento Institucional
10. Cronograma de Actualización Mapa de Riesgos vigencia 2022
11. Proposición y varios.


	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 2 de 12


Resumen de los temas tratados y conclusiones:

Como fase inicial de la sesión se realiza presentación de la verificación del quórum con una participación del 87.5% de los miembros del comité. Dejando claridad que como representación del Dr. Marco Antonio (Líder de Gestión y desarrollo del talento humano) se encuentra la Dra. Mileydi Sánchez y la Ing. Elibett Yanez. De igual forma como profesional universitario de sistemas se encuentra el Ing. Ricardo Tarazona (Coordinador de TICs)

Quórum

Resolución 002566/ 2021
Resolución 000931/ 2020
Resolución 001297 / 2019
Resolución 001251 /2018






1. GERENTE (Presente)
2. Subgerente de Servicios de Salud (Presente)
3. Subgerente Administrativo (Presente)
4. Asesor de Planeacion y calidad (Presente)
5. Líder Sección de Gestión y Desarrollo del talento Humano (Ausente)
6. Profesional Universitario de Sistemas (Presente)
7. Asesor Jurídico o su delegado (Presente)
8. Jefe de Oficina de Control Interno (Presente)

Asesor

TEMAS:

1. APROPIACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

Una vez verificado el quórum se realiza lectura del direccionamiento estratégico descrito de la siguiente manera



MISSION


Somos una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia.

VISION

Ser la institución Norte Santandereana prestadora de servicios de salud, posicionada y preferida por su atención humana, segura, alto enfoque investigativo, con rentabilidad social y económica.

PROPUESTA DE VALOR.

Satisfacer las necesidades en salud, con talento humano multidisciplinario PRESENCIAL las 24 horas del día




DESARROLLO ESTRATEGICO


RESPETO
HONESTIDAD
COMPROMISO
DILIGENCIA
JUSTICIA

VALORES


OBJETIVOS ESTRATEGICOS




POSICIONAMIENTO

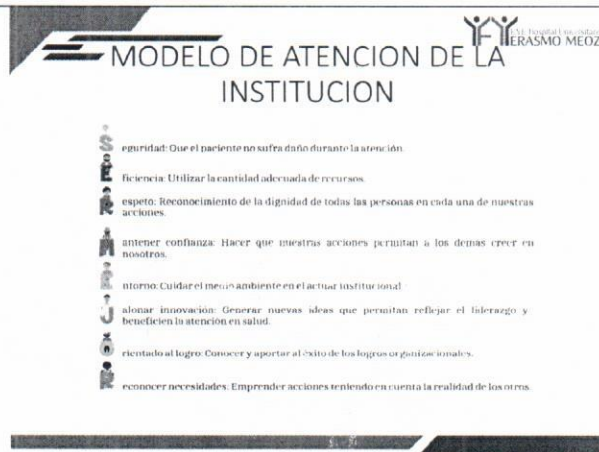


SOLIDEZ Y SOSTENIBILIDAD
FINANCIERA RENTABILIDAD SOCIAL



ATENCIÓN HUMANA SEGURIDAD
DEL PACIENTE DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 3 de 12



2. VERIFICACION DE COMPROMISOS ANTERIORES

Se realiza verificación del compromiso del acta anterior dándose por cumplida en un 100% como se evidencia en los siguientes soportes

Compromisos

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Diligenciar la matriz ITA	Coordinador de TICs	28 de Enero 2022
Consolidación y Presentación de los Planes Decreto 612 de 2018	Oficina de Planeación y calidad	28 de Enero 2022

Revisó: Doris Angarita Acosta – Asesor de Planeación

El primer compromiso el Ing. Javier Tarzona expone que mediante circular 18 de 2021 el cargue de información en la plataforma de la procuraduría de la matriz ITA deberá hacerse en el segundo semestre del año en curso debido a los ajustes presentados en plataforma:

Esta ley da ALCANCE a la Resolución 138, 226 de 2018, Decreto 15 de 2018, 6 de 2019 y 26 de 2020



CIRCULAR No. 018
22 SEP 2021

DE: PROCURADORA GENERAL DE LA NACIÓN

PARA: SUJETOS OBLIGADOS DETERMINADOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 1712 DE 2014.


ASUNTO: IMPLEMENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 1519 DE 2020 "POR LA CUAL SE DEFINEN LOS ESTÁNDARES Y DIRECTRICES PARA PUBLICAR LA INFORMACIÓN SEÑALADA EN LA LEY 1712 DEL 2014 Y SE DEFINEN LOS REQUISITOS MATERIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, ACCESIBILIDAD WEB, SEGURIDAD DIGITAL Y DATOS ABIERTOS" DEL MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES (MINTIC) Y LA APLICACIÓN DE LA MATRIZ ITA"

La Procuradora General de la Nación, en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales, en especial las previstas en los artículos 118 y 277 de la Constitución Política; los numerales 7, 16 y 36 del artículo 7 del Decreto Ley 262 de 2000, el artículo 1 de la Resolución 490 de 10 de diciembre de 2008 y la Resolución 132 de 30 de abril de 2014 y,

CONSIDERANDO

Que con la expedición de la Ley 1712 de 2014 "Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional", se busca regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía de este derecho y las excepciones a la publicidad de información.

Que la Procuradora General de la Nación, como suprema directora de Ministerio Público,

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 4 de 12

En cuanto al segundo compromiso referente al monitoreo de los planes establecidos en el Decreto 612 de 2018 se daría cumplimiento al 100% en el transcurso de la sesión.

CAPACITACION A LOS MIEMBROS DEL COMITÉ RES 002566 DE 2021


Como una de las acciones del Plan de Trabajo, se socializa y se da lectura de la Res 002566 de 2021 del 22 de Diciembre de 2021 "Por medio del cual se deroga la Resolución 000931 de 2020 y se establecen las normas reguladoras del Comité Institucional de Gestión y desempeño, se adoptan las políticas y el Manual Operativo versión 4 del Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG y adicionalmente se define y reglamenta el Sistema Integrado de Gestión (SIG) para la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz"



En este espacio se capacita a los miembros en la Ficha técnica del Comité estableciendo los integrantes, funciones, presidente y secretario. Se da presentación de los indicadores establecidos en la guía para la gestión de comité institucionales (PE-GI-001)

Se refuerza a los miembros del Comité las 07 dimensiones establecidas en el Modelo integrado de Planeación y gestión, con las 19 políticas establecidas en el Manual Operativo versión 4



	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA5 de 12

Políticas de gestión y desempeño institucional		4. Gestión del conocimiento y la innovación		14. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	
1. Racionalización de trámites		7. Talento Humano		15. Mejora Normativa	
2. Defensa jurídica		8. Servicio al ciudadano		16. Planeación Institucional	
3. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público		9. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea		17. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	
4. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos		10. Control interno		18. Gestión de la información estadística	
5. Gestión documental		11. Integridad		19. Compras y Contratación Pública	
		12. Participación ciudadana en la gestión pública			
		13. Seguridad Digital			

Por último se capacita a los miembros del comité en el concepto del Sistema Integrado de Gestión y los 6 subsistemas que lo componen acorde a la Gestión por procesos de la institución.




Producto de esta capacitación se realiza evaluación de adherencia a través de google formularios, arrojando resultado promedio igual o mayor del 85% por pregunta establecida como se evidencia en el anexo (Ver Anexo A)

EVALUACION CAPACITACION COMITE DE GESTION Y DESEMPEÑO

Objetivo: Capacitar a los miembros del comité de Gestión y desempeño, líderes e invitados en las funciones, conformando modelo integrado de Planeación y gestión, sistema integrado de gestión y política de Administración del Hospital.

Link: <https://forms.gle/q77pxUgfvubkuGW7>

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 6 de 12

Para la comisión de aprobación del acta se designa a la Dra. Doris Angarita (Asesor de Planeación y calidad) y al Dr. Enmanuelli Caicedo (Asesor externo Jurídica)

3. APROBACIÓN DE DOCUMENTOS

Se realiza presentación de los documentos con sus respectivos ajustes, modificaciones y/o observaciones para su aprobación por parte de los miembros del comité de Gestión y desempeño.

PROCESO:	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS			
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	<u>Modif</u>	<u>Elim</u>	
SOLICITUD DE NECESIDAD	X			Se crea por necesidad del proceso como mecanismo de control y estandarización

PROCESO:	ATENCION QUIRURGICA			
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
MANUAL DE ESTERILIZACION		X		Se realiza actualización por mejoramiento continuo
MANUAL DE REUSO		X		Se realiza actualización por mejoramiento continuo de acuerdo a Res 3100/2019
PROTOCOLO DE RECEPCION		X		Se realiza actualización por mejoramiento continuo se incluye recepción técnica de dispositivos médicos <u>implantables</u>
AQ-FO-014 FORMATO DE CANCELACION DE CIRUGIA 2022		X		Se agrupan los motivos de cancelación de consulta estandarizando y clasificando

PROCESO:		APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
MANUAL DE ENFERMERIA		X		Se ajusta anexo de pagina 375 manejo de enfermería en complicaciones quirúrgicas Se anexa código HS-PT-025 Protocolo de manejo y remisión de prematuros al seguimiento plan canguro
DT-FO-309 LISTA DE CHEQUEO		X		Se incluye auditoria de enfermería por manejo de complicaciones post quirúrgicas

PROCESO:

ATENCION QUIRURGICO

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
AQ-FO-014 FORMATO DE CANCELACION DE CIRUGIA 2022		X		Se realiza Ajuste se estructura el motivo de cancelación agrupándolas por frecuencia
PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL		X		Se actualiza protocolo por las técnicas quirúrgicas utilizadas por la institución

PROCESO:

EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
CI-PR-001 PROCEDIMIENTO DE AUTOEVALUACION DE LA GESTION Y DEL CONTROL		X		Se realiza Ajuste cambio de definiciones y alcance de acuerdo a la Metodología de la Función Publica

PROCESO:


MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
MC-GI-001 GUIA DE ESTRUCTURA DE EQUIPOS PARA LA ACREDITACION INSTITUCIONAL		X		Se actualiza por mejoramiento continuo se ajustan los integrantes de los EAE, EPM.
MC-MA-001 MANUAL DE AUDITORIA CONCURRENTES Y DE CALIDAD		X		Se actualiza por mejoramiento continuo
MC-PR-001 PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA DE HISTORIAS CLINICAS		X		Se actualiza por mejoramiento continuo
MC-PT-004 PROTOCOLO ENTREGA DE TURNO MEDICO MODIFICADO		X		Se actualiza por mejoramiento continuo ajustes del protocolo del servicio de atención de urgencias
RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		X		Se ajustan las celdas correspondientes a las diferentes rondas de seguridad

PROCESO:

AMBIENTE Y RECURSO FISICO

NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
Plan de austeridad y gestión ambiental	X			Se Crea por necesidad del servicio como cumplimiento del Marco Normativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 612 de 2018) agrupando las estrategias de gestión ambiental en la Institución

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 8 de 12

PROCESO:		GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
Plan anual de vacantes		X		Se Actualiza por necesidad del servicio como cumplimiento del Marco Normativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 612 de 2018) agrupando las estrategias de gestión ambiental en la Institución
Plan de previsión de recurso		X		
Plan institucional de bienestar e incentivos laborales		X		
TH-PL-003 Plan institucional de formación y capacitación		X		
TH-PL-006 Plan estratégico de talento humano		X		
TH-PR-005 Procedimiento de formación y capacitación		X		


En este espacio se realiza breve presentación de la Dra. Mileydi representante de Gestión y desarrollo del talento Humano, resaltando los principales cambios y los planes para la Vigencia 2022

PROCESO:		GESTION FINANCIERA		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
GF-MA-001 Manual de políticas contables		X		Se actualiza política del deterioro de cartera enmarcándola a la normatividad para una mejor y clara aplicación del proceso

En este documento se realiza breve explicación por parte de la Profesional de Financiera y el Líder de Financiera invitados al comité para presentar el documento de Manual de Políticas contables

PROCESO:		GESTION DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ESTADO			OBSERVACIONES
	Nuevo	Modif	Elim	
Plan de Tratamiento de Riesgos		X		Se actualiza por mejoramiento continuo ajustando el Plan vigencia 2022 de acuerdo al Decreto 612 de 2018
Plan de Preservación Digital		X		
Plan de riesgos y privacidad de la Información		X		

Para el desarrollo de estos documentos se lideró desde la Oficina Tics estas actualizaciones dando cumplimiento al marco normativo de Ley de transparencia

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 9 de 12

En este punto del orden del día, se da presentación a otros documentos, planes y cronogramas de gran importancia a la Institución como son:

- Plan de Trabajo de Seguridad y salud en el trabajo vigencia 2022 (Aprobado)
- Cronograma de autoevaluación seguimiento y monitoreo SOGC (Aprobado)
Documento que integra los diferentes seguimientos como habilitación, seguridad del paciente, humanización, paciente trazador y auditoría de Historia Clínica
- Plan de trabajo de Política de Participación Social en Salud dando cumplimiento a la Resolución 2063 de 2017 (Aprobado)

4. PLAN DE ACCION VIGENCIA 2022

Se realiza presentación por parte de la Profesional adscrita a la Oficina de Planeación y calidad, la Dra. Andrea Blanco quien expone las estrategias utilizadas para la Construcción del Plan de Acción como el diseño de Fondos de Pantalla, publicación en Banner de Pagina WEB, envío de correos electrónicos a los líderes y comunidad hospitalaria.

En este momento, se refuerza la importancia en el cumplimiento oportuno de las acciones establecidas en el Plan, y el compromiso asumidos por los responsables de las mismas.

El plan de acción vigencia 2022 contó con la revisión y visto bueno de la Subgerente Administrativa y la Subgerente de Servicios de Salud de la Institución, estableciéndose como documento aprobado para su posterior publicación en Pagina WEB


Ver ANEXO B

5. APROBACIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

Se realiza presentación del documento por parte del profesional Luis Eduardo Velasco adscrito a la Oficina de Planeación y calidad, exponiendo la metodología para la construcción del Plan acorde a la Guía establecida por la Función Pública evidenciando la participación con líderes y usuarios publicando 2 preliminares a través de la pestaña "Participa" de la Pagina WEB y en publicaciones de redes sociales mediante google formularios para el registro de comentarios y/o observaciones

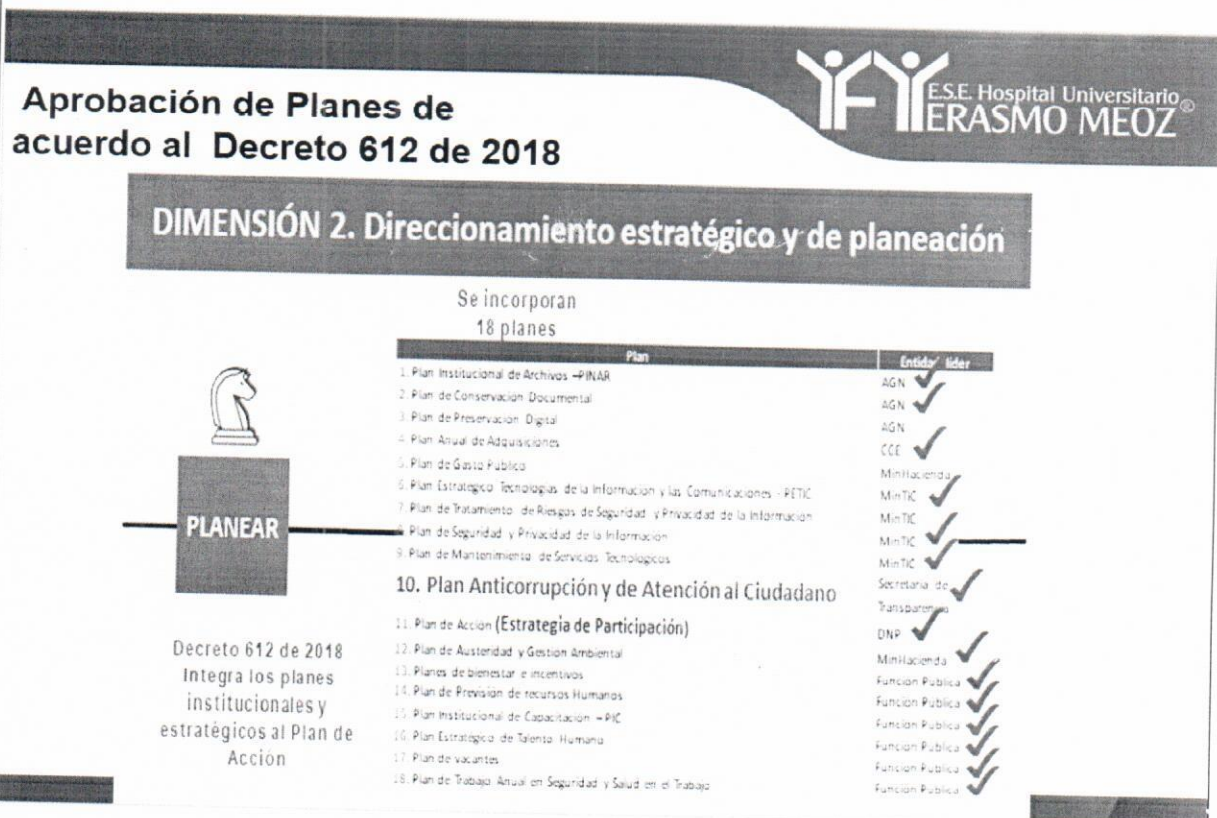
El documento es aprobado para su posterior publicación junto al Mapa de Riesgo de Corrupción.

Ver ANEXO C

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 10 de 12

6. APROBACIÓN DE PLANES DE ACUERDO AL DECRETO 612 DE 2018

En cumplimiento del compromiso establecido, y debido al avance en la sesión del comité se establece que la Entidad da cumplimiento a la formulación, diseño y aprobación de los planes institucionales como se evidencia en la siguiente imagen:




7. INTERVENCIÓN RECURSOS FINANCIEROS

Este punto del orden del día se desarrolló en el punto 3 cuando se presentó el documento de Políticas contables.

8. APROBACIÓN CRONOGRAMA DE EJES DE ACREDITACIÓN

Como mecanismo de planeación y control de las actividades necesarias para el logro de los objetivos estratégicos de la institución se establece un cronograma único para los ejes de acreditación, propuesto desde la Oficina de Planeación y calidad y enviado a todos los responsables y secretarios de ejes dentro de la Estructura de Mejoramiento.

Este cronograma elaborado por la Profesional referente de Acreditación la Dra. Marjorie Hernandez se establece sin interferir en el cronograma de los comités institucionales evidenciando orden, claridad y optimización en los tiempos de los líderes de los procesos.

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 11 de 12

9. APROBACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

En el marco del proceso de acreditación, se establece la revisión anual de la guía de estructura de equipos para la acreditación institucional (MC-GI-001) conformando los diferentes equipos de autoevaluación, ejes de acreditación y equipo de mejoramiento institucional con los respectivos integrantes, funciones, líderes y periodicidad. El documento obtuvo ajustes de los líderes de procesos integrando todas las modificaciones desde la Oficina de Planeación y calidad y permitiendo establecer borrador de la nueva resolución vigencia 2022 que será presentada al Dr. Tonino para su respectiva firma

10. CRONOGRAMA DE ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGOS VIGENCIA 2022

Desde la Oficina de Planeación y calidad se da presentación a la Resolución 000181 del 29 de enero de 2021 la cual adopta la Política de administración del riesgo institucional y que como compromiso gerencial se debe revisar en cada vigencia. La política la cual se define de la siguiente manera:


"La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, acorde con el Direccionamiento Estratégico y la Gestión por Procesos, se compromete a identificar, analizar, controlar y gestionar los riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud, seguridad de la información y riesgos por corrupción, promoviendo la gestión efectiva de los recursos, proporcionando una seguridad que permita fortalecer el logro de los objetivos institucionales"

Es considerada pertinente y ajustada a las necesidades de la institución, razón por la cual no requiere actualización, este concepto es emitido por unanimidad de los miembros del comité una vez sometida a votación.

Como mecanismo de refuerzo y evaluación de conocimiento se incluye una pregunta relacionada a la Política de administración del riesgo institucional en el formulario mencionado anteriormente.

Una vez finalizada esta socialización se da presentación del Cronograma establecido por la Profesional Especializada la Dra. Vanessa Contreras la cual establece fecha límite 30 de Junio de 2022. Este cronograma integra los 20 procesos institucionales para su actualización y recuerda la estrategia establecida por la Oficina de Planeación y calidad en difundir información en los Equipos Primarios de Mejoramiento en temas relacionados como el Mapa de riesgos y los controles establecidos al igual que su seguimiento y monitoreo.

Ver ANEXO D

	GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACION	CODIGO: IC-FO-020
		VERSION: 2
	ACTA	FECHA: SEP 2017
		PAGINA 12 de 12

10. PROPOSICIÓN Y VARIOS.

Siendo las 9:33 de la mañana y debido al inicio del Comité de Emergencias, se concluye el comité dejando como compromisos la realización de evaluación de capacitación a los miembros del comité con plazo máximo de 01 de Febrero, la Realización del Curso de MIPG actualizado y disponible en la Página de la Función pública y la posterior publicación en página web de los documentos aprobados en esta sesión.

Compromisos

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Evaluación de conocimientos a los miembros del Comité	Miembros del Comité	01 de Febrero de 2022
Publicación de los Planes Decreto 612 de 2018	Oficina de Planeación y calidad	31 de Enero 2022
Curso de MIPG	Miembros del Comité de Gestión y desempeño	30 de Marzo de 2022

Revisó: Doris Angarita Acosta – Asesor de Planeación

EVALUACION CAPACITACION COMITE DE GESTION Y DESEMPEÑO

15 respuestas

Nombre Completo

13 respuestas

JONATHAN ALEXANDER GELVEZ RAMOS

DORIS ANGARITA ACOSTA

JAVIER RICARDO TARAZONA ANTELIZ

Ruth Xiomara Rodriguez Cristancho

MARTA ELISA PARRA MORALES

JHON ALEXANDER PÉREZ JAIMES

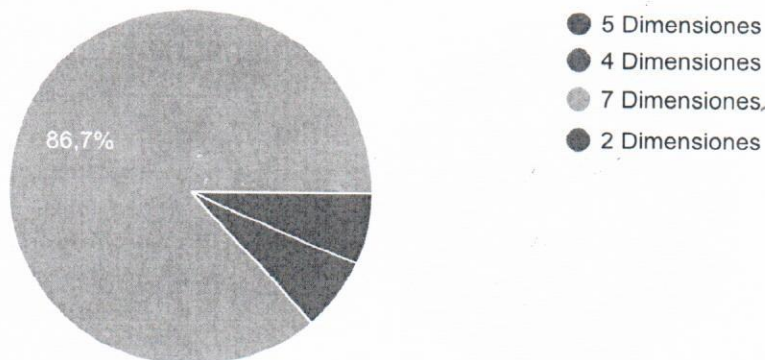
Martin Eduardo Herrera Leon

MILEYDI TORCOROMA SANCHEZ ORTIZ

Andrea Carolina Blanco Vega

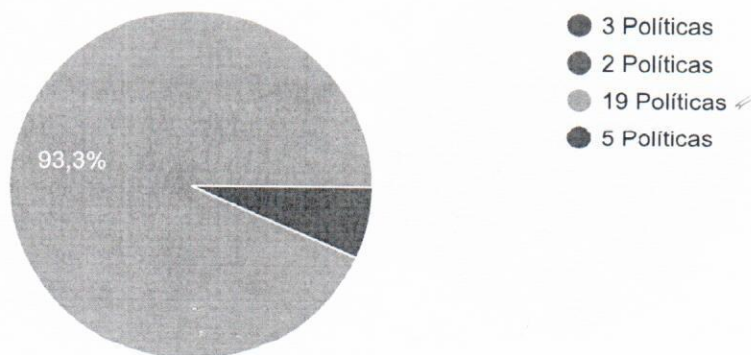
Completar según corresponda: El modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG opera bajo ____ dimensiones

15 respuestas



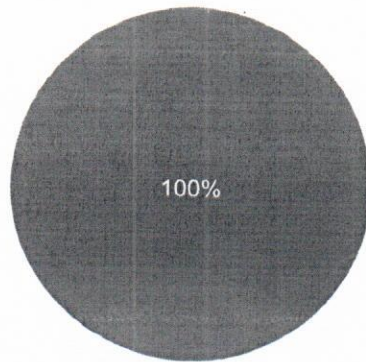
El numero de políticas de gestión y desempeño institucional de acuerdo al Manual Operativo MIPG Versión 4 del 2021 son:

15 respuestas



La Política de Administración del riesgo de la ESE HUEM aprobada mediante Resolución 000181 del 29 de Enero de 2021 establece el COMPROMISO de:- Identificar- Analizar- Controlar- Gestionar Los riesgos asociados a la prestación del servicio de salud, seguridad de la información, y riesgos de corrupción

15 respuestas



● Verdadero
● Falso

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL									CODIGO: PE-FO-007		
ELABORACION, SEGUIMIENTO Y/O AJUSTE AL PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL (DESPLIEGUE DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO)									VERSION: 1		
									FECHA: ENE 2016		
									PAGINA 1 DE 1		
ESTRATEGIA	PROGRAMA	PROYECTO A EJECUTAR	PROCESO / AREA DE GESTION	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	METAS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA LIMITE DE CUMPLIMIENTO DE LA META	RECURSOS FINANCIEROS PROYECTADOS	FUENTE DE FINANCIACION
OBJETIVO:											
OBJETIVO: Ejecutar los planes, programas y proyectos para dar cumplimiento a las metas del plan de desarrollo institucional											
Posicionamiento	Consolidación de la imagen institucional	Fortalecimiento de las competencias del talento humano	Gestión y desarrollo del talento humano	Apropiación de las competencias generales y específicas del talento humano acorde con el desarrollo de los estándares de acreditación de gerencia del talento humano	Lider desarrollo del talento humano	60% de Personal con evaluación y tendencia en las competencias funcionales y comportamentales adoptadas por la institución	Numero de colaboradores con evaluación de desempeño igual o superior al 60% de cumplimiento de las competencias funcionales y comportamentales / Numero total de colaboradores de la Institución	Informe de evaluación desempeño laboral especificando porcentaje de cumplimiento de cada una de las competencias funcionales y comportamentales adoptadas por la institución en la vigencia anterior.	Abril de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
Posicionamiento	Consolidación de la imagen institucional	Reordenamiento físico hospitalario	Gestión de ambiente y recursos físicos	Remodelación de servicio de sala de partos	Asesor de planeación y calidad	Inicio de la intervención de la infraestructura de sala de partos	1 Acta de Inicio de la intervención de la infraestructura de sala de partos	Acta de Inicio de Contrato	Diciembre de 2022	\$ 1.176.605.512	Recursos propios
Posicionamiento	Consolidación de la imagen institucional	Reordenamiento físico hospitalario	Gestión de ambiente y recursos físicos	Diseños complementarios para la puesta en marcha de la morgue	Asesor de planeación y calidad	100% de los diseños contratados para la estructuración del proyecto	1 Diseños contratados	Contrato	Diciembre de 2022	\$ 150.000.000	Recursos propios Recursos externos
Posicionamiento	Consolidación de la imagen institucional	Reordenamiento físico hospitalario	Gestión de ambiente y recursos físicos	Ampliación y remodelación de la infraestructura administrativa	Asesor de planeación y calidad	100% de los diseños contratados para la estructuración del proyecto	1 Diseños contratados	Contrato	Mayo de 2022	\$ 150.000.000	Recursos propios
Posicionamiento	Consolidación de la imagen institucional	Remodelación y ampliación del área de archivo	Gestión de información y comunicación	Fortalecimiento de la gestión documental institucional	Oficina asesora de planeación y calidad	viabilidad técnica del instituto departamental de salud y contrato adjudicado	1 viabilidad técnica del proyecto de archivo	Viabilidad técnica del proyecto / Contrato	Diciembre de 2022	\$ 3.899.762.105	Recursos propios
Docencia e investigación	Fortalecimiento de la docencia e investigación	Desarrollo de la investigación en la E.S.E. H.U.E.M.	Docencia e investigación	Ampliación de las líneas del grupo de investigación	Docencia e investigación	Integrar la participación de las especialidades médicas en las líneas de investigación	No. de especialidades integradas en las líneas de investigación en la vigencia	Soporte del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios

[illegible]

ESTRATEGIA	PROGRAMA	PROYECTO A EJECUTAR	PROCESO / AREA DE GESTION	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	METAS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA LIMITE DE CUMPLIMIENTO DE LA META	RECURSOS FINANCIEROS PROYECTADOS	FUENTE DE FINANCIACION
OBJETIVO:											
Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR)	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR)	Gestión de información y comunicación	Cumplimiento de actividades del plan institucional de archivos de la entidad PINAR	Coordinador CEGDOC Coordinador de archivo y estadística	70% Inventario documental de historias clínicas (Organización serie documental)	Número de Historias Clínicas Inventariadas / Número total de Historias clínicas	Informe de inventario documental por parte del Coordinador de Archivo y estadística	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR)	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR)	Gestión de información y comunicación	Cumplimiento de actividades del plan institucional de archivos de la entidad PINAR	Coordinador CEGDOC Desarrollo y gestión del talento humano	70% Inventario documental de historias laborales (Organización serie documental)	Número de Historias Laborales Inventariadas / Número total de Historias Laborales (Planta, Contrato Directo, Terceros y/o Jurídicos)	Informe de inventario documental de la Oficina de Gestión y desarrollo del talento humano	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR)	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR)	Gestión de información y comunicación	Cumplimiento de actividades del plan institucional de archivos de la entidad PINAR	Coordinador CEGDOC	Diagnóstico del archivo de la entidad	1 Diagnóstico del archivo de la entidad	Informe del diagnóstico del archivo de la entidad	Diciembre de 2022	\$ 75.000.000	Recursos propios
Plan Anual de Adquisiciones (P.A.A)	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan Anual de Adquisiciones (P.A.A)	Gestión financiera	Conformar el Grupo de Apoyo y Elaborar el Cronograma de Actividades de Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones de la ESE HUEM	Subgerencia Administrativa	Cumplir con las Disposiciones de Elaboración del P.A.A según el Art 6 de la Resolución N° 001236 del 13/09/2013 del Manual de Contratación de la E.S.E HUEM	1 Acta de Reunión y Cronograma Aprobado	1 Acta de Reunión y Cronograma Aprobado	Septiembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
Plan Anual de Adquisiciones (P.A.A)	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan Anual de Adquisiciones (P.A.A)	Gestión financiera	Presentación a la Junta Directiva del Plan Anual de Adquisiciones para su aprobación	Subgerencia Administrativa Gerencia	Aprobación del Plan Anual de Adquisiciones de la Vigencia 2023	1 Acuerdo Firmado que aprueba el Plan Anual de Adquisiciones de la E.S.E HUEM	Acuerdo de Junta Directiva de la E.S.E HUEM	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
Plan Anual de Adquisiciones (P.A.A)	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan Anual de Adquisiciones (P.A.A)	Gestión financiera	Publicación del Plan Anual de Adquisiciones en la página Web de la Entidad una vez aprobado por la Junta Directiva	Subgerencia Administrativa	Publicar el Plan Anual de Adquisiciones aprobado	Publicación del plan anual de adquisiciones en la página Web institucional	Certificado de publicación en la página Web institucional	Enero de 2023	Recurso Humano	Recursos propios
Plan Anual de Vacantes	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan Anual de Vacantes	Gestión de Talento Humano	Verificación de cargos en planta vs cargos ocupados por niveles	Desarrollo y gestión del talento humano	Verificación del 100% de las vacancias	Número de cargos verificados / Número total de cargos en planta	Informe del plan anual de vacantes	Enero de 2022	Recurso Humano	Recursos propios

ESTRATEGIA	PROGRAMA	PROYECTO A EJECUTAR	PROCESO / AREA DE GESTION	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	METAS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA LIMITE DE CUMPLIMIENTO DE LA META	RECURSOS FINANCIEROS PROYECTADOS	FUENTE DE FINANCIACION
OBJETIVO:											
Plan Institucional de Bienestar e Incentivos Laborales	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan Institucional de Bienestar e Incentivos Laborales	Gestión de desarrollo del talento humano	Realización de Cronograma y Publicación Del Plan institucional de bienestar e Incentivos Laborales Dentro Del Marco Normativo Que Lo Regula	Desarrollo y gestion del talento humano	Consolidación y cronograma del Plan institucional de bienestar e Incentivos Laborales	Publicación En La Pagina Web Institucional Del Plan de bienestar e incentivos laborales	Evidencia de publicación Plan institucional de bienestar e Incentivos Laborales	Enero de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
Plan Institucional de Bienestar e Incentivos Laborales	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan Institucional de Bienestar e Incentivos Laborales	Gestión de desarrollo del talento humano	Recepción, Revisión Y Trámite Para Pago De Los Incentivos Económicos	Desarrollo y gestion del talento humano	Trámite Total De Incentivos Solicitados	Incentivos Tramitados / Incentivos Solicitados	Informe detallado de cada incentivo económico aprobado	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo	Gestión de desarrollo del talento humano	Actualización del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo - (SG-SST)	Desarrollo y gestion del talento humano	Consolidación con la Administradora de Riesgos Labores el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo - (SG-SST)	Publicación en la Pagina web institucional del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo - (SG-SST)	Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo - (SG-SST) y publicación	Enero de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo	Gestión de desarrollo del talento humano	Evaluaciones Ocupacionales de Ingreso, Periódica y Egreso o Retiro.	Desarrollo y gestion del talento humano	Cumplimiento del Total de Evaluaciones Ocupacionales	Evaluaciones Ocupacionales Realizadas / Numero De Funcionarios	Informe de cumplimiento de las evaluaciones ocupacionales (Personal de planta, Contrato directo y Terceros y/o jurídicos)	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
Plan tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	Gestión de información y comunicación	Cumplimiento del Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	TIC	60% de las actividades establecidas dentro plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información	Numero de actividades cumplidas del Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información / Numero total de actividades establecidas del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	Informe presentado en comité de gestión y desempeño	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
Plan de seguridad y privacidad de la información	Decreto 612 de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública	Plan de seguridad y privacidad de la información	Gestión de información y comunicación	Realizar autodiagnóstico del Estado actual de seguridad de la información y establecer el nivel de madurez del mismo	TICS	Autodiagnóstico realizado	1 Instrumento de Evaluación MSPI diligenciado	Instrumento de Evaluación MSPI	Septiembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios

ESTRATEGIA	PROGRAMA	PROYECTO A EJECUTAR	PROCESO / AREA DE GESTION	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	METAS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA LIMITE DE CUMPLIMIENTO DE LA META	RECURSOS FINANCIEROS PROYECTADOS	FUENTE DE FINANCIACION
OBJETIVO:											
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Gestión Financiera	<p>Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgicos adquiridos mediante los siguientes mecanismos:</p> <p>a). Compras conjuntas b). Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado c). Compras a través de mecanismos electrónicos</p>	Revisor fiscal Adquisición de Bienes y Servicios	$\geq 0,70$	<p>Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgicos realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y materia médica quirúrgicos en la vigencia evaluada.</p>	<p>Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo debe tener:</p> <p>1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los medicamentos de compra a), b) y c). 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por cada uno de los medicamentos de compra a), b) y c).</p>	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Gestión Financiera	<p>Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior</p>	Líder financiero	Cero (0) o variación negativa	<p>Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. / (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salario de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación)-(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)</p>	<p>Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con el revisor fiscal, suscrita por el contador, que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.</p>	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios

ESTRATEGIA	PROGRAMA	PROYECTO A EJECUTAR	PROCESO / AREA DE GESTION	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	METAS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA LIMITE DE CUMPLIMIENTO DE LA META	RECURSOS FINANCIEROS PROYECTADOS	FUENTE DE FINANCIACION
OBJETIVO:											
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Gestión de información y comunicación	Utilización de información de registros individuales de prestaciones - RIPS	Asesor de planeación y calidad	4	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. En caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que presento el informe.	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Gestión Financiera	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Lider financiero	>= 1,00	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye recaudo en CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo CxP de vigencias anteriores).	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud u Protección Social (2).	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Gestión de información y comunicación	Oportunidad en el entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que lo sustituya	Lider financiero Lider de recursos fisicos TIC	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos vigente.	Superintendencia Nacional de Salud	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios

ESTRATEGIA	PROGRAMA	PROYECTO A EJECUTAR	PROCESO / AREA DE GESTION	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	METAS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA LIMITE DE CUMPLIMIENTO DE LA META	RECURSOS FINANCIEROS PROYECTADOS	FUENTE DE FINANCIACION
OBJETIVO:											
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Atención Hospitalaria	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Referente de seguridad del paciente	Cero (0) o variación negativa	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espírativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. / Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espírativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación/ Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espírativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios de funcionamiento
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Atención Hospitalaria	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)	Comité de historias clínicas	$\geq 0,90$	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para en infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia objeto de evaluación	Informe del comité de Historia Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios de funcionamiento
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Atención Hospitalaria	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Referente de seguridad del paciente	$\geq 0,90$	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación /Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: Análisis de cada uno de los casos de muertes intrahospitalario mayor de 48horas y aplicación de la fórmula del indicador	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios de funcionamiento

ESTRATEGIA	PROGRAMA	PROYECTO A EJECUTAR	PROCESO / AREA DE GESTION	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	METAS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA LIMITE DE CUMPLIMIENTO DE LA META	RECURSOS FINANCIEROS PROYECTADOS	FUENTE DE FINANCIACION
OBJETIVO:											
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Atención de consulta externa	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Coordinador de consulta externa Coordinador de pediatría	≤ 5	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	Ficha técnica de la pagina del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios de funcionamiento
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Atención de consulta externa	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita obstetricia	Coordinador de consulta externa Coordinador de ginecologia	≤ 8	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de cita de obstetricia asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	Ficha técnica de la pagina del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios de funcionamiento
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	PLAN DE GESTION GERENCIAL	N.A.	Atención de consulta externa	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Coordinador de consulta externa Coordinador de medicina interna	≤ 15	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Numero total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	Ficha técnica de la pagina del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	Diciembre de 2022	Recurso Humano	Recursos propios de funcionamiento


 Dra. Doris Angarita Acosta
 Asesora de Planeación y Calidad


 Dra. Ruth Xiomara Rodríguez Crisanchó
 Subgerente Administrativa y Financiera


 Dra. Maribel Trujillo Botello
 Subgerente de Salud

Proyecto: Andrea Carolina Blanco
 Profesional Planes y Programas de Gestión

**PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL
CIUDADANO 2022**



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZ VIGENCIA 2022

IDENTIFICACION DEL RIESGO										MONITOREO Y REVISION			
No.	RIESGO	CLASIFICACION	CAUSAS	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	RIESGO RESIDUAL	OPCION MANEJO	PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACION	INDICADOR
1	Ausencia de sistemas de informacion que pueden facilitar el acceso a informacion y su posible manipulacion o adulteracion.	Corrupcion	Falta de ética por parte del servidor público Manejo indebido de la informacion contractual	alta	80%	mayor	80%	Alto	Evitar el riesgo	Capacitaciones donde se informe y sensibilice a los colaboradores de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz de las consecuencias legales que se pueden presentar por mal manejo de la informacion confidencial.	Coordinador TIC Asesor Juridico	Marzo - Octubre	Dos conferencias en el año 2022
										Fomentar la realizacion del curso E-LEARNING a personal Administrativo de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	Coordinador TIC	dic-22	80% del personal Administrativo realizando el curso E-LEARNING
										Implementacion y Desarrollo del Plan de tratamientos de riesgos de informacion Digital	Coordinador TIC	dic-22	Cumplir minimo con el 80% de ejecucion del plan.
										Verificar que las agremiaciones y demas organizaciones, asi como personal de planta tengan acuerdo de confidencialidad firmado.	Coordinador TIC Lider de Talento humano y Control disciplinario Jefe de Contratación bienes y servicios	abr-22	Numero de acuerdos de confidencialidad firmados con las agremiaciones y personal de planta / total de agremiaciones y personal de planta
	Hurto por parte del personal de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz de Activos muebles y/o bienes de consumo.	Corrupcion	Falta de sentido de pertenencia Faltencias en los controles de seguridad de ingreso y egreso de la institucion Falta de espacio idoneo para el almacenamiento de insumos, activos o bienes de consumo de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz Faltencia en el control de las cantidades a utilizarse en determinadas tareas	alta	80%	mayor	80%	alto	Evitar el riesgo	realizar 2 (dos) Inventarios generales de los activos institucionales	Lider de gestion de ambiente y recursos fisicos	jun-dic	acta de inventarios
										Asignación de activos por lider de oficina	Coordinador TIC	feb-22	matriz de activos asignados a los lideres de oficina
										Realizar 3 jornadas de sensibilizacion al personal relacionada con el sentido de pertenencia y preservacion de los activos de la institucion	Lider de gestion de ambiente y recursos fisicos	Febrero-Junio-Octubre	Numero de jornadas realizadas / Numero de jornadas programadas
	Tráfico de Influencias: (Amiguismo, persona influyente)	Corrupcion	Falta de integridad del funcionario. Ausencia de normas, reglamentos, políticas, procesos y procedimientos Existencia de intereses personales Utilización de la jerarquia y de la autoridad para desviar u omitir los procedimientos al interior de la entidad	alta	80%	mayor	80%	Alto	Evitar el riesgo	Socializacion del codigo de etica e integridad minimo 3 (tres) veces al año por los diferentes medios institucionales	Gestion y desarrollo del talento humano	Febrero-Junio-Octubre	Codigo socializado
										Divulgacion a traves de protectores de pantalla institucionales de sensibilizacion acerca de actos de corrupcion	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	may-22	Divulgacion de protectores de pantalla en los equipos de la institucion
										Divulgacion de los principios de la lucha contra la corrupcion a traves de medios de comunicacion institucionales	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	jul-22	Divulgacion de los principios de lucha contra la corrupcion en medios de comunicacion internos institucionales
	Estudios Previos o de Factibilidad deficientes.	Corrupcion	Presiones internas o externas Deficientes controles al interior del proceso de adquisicion de bienes y servicios Falta de planificación en el proceso pre contractual y contractual Chantaje y presión política para mantener al funcionario en determinado cargo	muy alta	100%	catastrofico	100%	extremo	Evitar el riesgo	Realizar jornadas de sensibilizacion sobre delitos en la administracion publica en colombia	Gestion y desarrollo del talento humano	abril-octubre-22	realizar al menos 2 sensibilizaciones en el año
										3 Capacitaciones al personal involucrado en el proceso de adquisicion de bienes y servicios en el manual de contratacion de la entidad y Estatuto de Contratación Realizando Postest	Coordinador adquisicion de bienes y servicios	Febrero-Junio-Octubre	capacitaciones realizadas / capacitacion programadas, evidencia de postest realizado a los colaboradores de GABYS
										Auditoria interna al proceso de adquisicion de bienes y servicios según plan anual de auditorias 2022	Asesor de Control interno de Gestion	dic-22	cumplimiento de las auditorias programadas por la oficina asesora de control interno de gestion

RIESGO	CLASIFICACION	CAUSAS	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	RIESGO RESIDUAL	OPCION MANEJO	PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACION	INDICADOR
		No aplicación de los procedimientos y normas legales vigentes							Capacitar al personal de Gabys sobre destrezas en temas específicos sobre el objeto del contrato	Coordinador adquisición de bienes y servicios Subgerencia de salud Subgerencia administrativa	Marzo - Octubre	capacitaciones realizadas / capacitacion programadas
Cobros Asociados al tramite	Corrupcion	Exceso de poder Intereses particulares Faltencias en la seguridad de la informacion Fallas en la custodia de la informacion Manejo indevido de la informacion	alta	80%	mayor	80%	alto	Evitar el riesgo	Capacitar al personal involucrado en Estadística y Archivo Clínico 2 veces en ley de archivo e historia clínica, vigente	Coordinador de archivo y Estadística	febrero-agosto	capacitaciones realizadas / capacitacion programadas
									Actualización de contraseñas de acceso de los usuarios de manera bimensual	Coordinador TIC Coordinador archivo y Estadística	febrero-abril-junio-agosto-octubre-diciembre	Cambio de contraseñas colaboradores/Colaboradores de Archivo y estadística
Concentracion de Autoridad o Exceso de Poder. Extralimitacion de funciones	Corrupcion	Abuso de autoridad. Concentracion de poder. presiones internas o externas No aplicación de los procedimientos y normas legales vigentes	alta	80%	mayor	80%	alto	Evitar el riesgo	Socialización del código de ética e integridad a los colaboradores de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	feb-22	Código Socializado
									Actas de Supervisión de cada uno de los Coordinadores de los Procesos de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz al Personal a cargo.	Todos	mar-22	Actas realizadas/Numero de procesos de la ESE HUEM
Uso indevido de la informacion para obtener un beneficio particular	Corrupcion	Exceso de poder Intereses particulares Faltencias en la seguridad de la informacion Fallas en la custodia de la informacion Manejo indevido de la informacion	muy alta	100%	catastrofico	100%	Extremo	Evitar el riesgo	2 Sensibilizaciones al personal de CEGDOC encargado de la recepcion y manejo del correo de notificaciones judiciales	Coordinador CEGDOC	mayo-septiembre 2022	2 sensibilizaciones ejecutadas
									Acta de verificación de manera trimestral de la adecuada custodia de los documentos del archivo	Coordinador CEGDOC	marzo- junio-septiembre 2022	Actas elaboradas/Actas a realizar
									Realizar 2 Capacitaciones acerca de tipificación de documentos al personal de CEGDOC y las implicaciones del Uso indevido de la información	Coordinador CEGDOC	febrero-agosto 2022	Numero de Capacitaciones realizada/Numero de capacitaciones programadas
Recibir dadas por manipular la informacion de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	Corrupcion	Presiones internas o externas Amiguismo Falta de ética por parte del servidor público.	alta	80%	mayor	80%	alto	Evitar el riesgo	Capacitar al personal de Tesorería en el procedimiento establecido para los pagos de cuentas de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz 2 veces	Subgerencia Administrativa Financiera Talento humano	enero- julio 2022	2 Capacitaciones al año
									Socializar dos veces durante el año el código de Integridad de la institución al personal del área Financiera	Subgerencia Administrativa Financiera Talento humano	febrero-agosto 2022	Código socializado



E.S.E. Hospital Universitario
ERASMO MEOZ

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

VOLVER

OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD

Componente 1: Gestion de Riesgos de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupcion

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	1. Política de Administración de Riesgos	1.1 Continuar Promoviendo la Política de Administración de Riesgos institucional adoptada a través de Resolución.	Política de administración de riesgos institucional con difusión a través de medios de comunicación institucionales internos.	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	feb-22	feb-22
		1.2 Realizar induccion y Reinducccion de la Política de Administracion de Riesgos Institucional	Política de administración de riesgos institucional socializada	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	TALENTO HUMANO PRENSA Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	abr-22	abr-22
		1.3 Publicar la Política de Administracion de Riesgos Institucional en la pagina web de la entidad	Política de administracion de riesgos publicado en pagina web	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad TIC Prensa y Comunicaciones	Oficina Asesora de Planeacion SISTEMAS	ene-22	ene-22
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	2. Actualizacion del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1 Revisar en coordinacion con los Subgerentes, jefes de oficina, la actual Matriz de Riesgos de corrupcion y determinar si requiere alguna modificacion.	Mapa de Riesgos De Corrupcion	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	TODOS	ene-22	ene-22
		2.2 Consolidar el Mapa de Riesgos de Corrupcion y Publicar en Pagina Institucional.	Mapa de riesgos publicado en pagina web	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeacion	ene-22	ene-22
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	3. Consulta y Divulgacion	3.1 Poner a Consideración de la ciudadanía el Mapa de Riesgos de Corrupcion	Presentacion del Mapa de Riesgos de Corrupcion para posibles observaciones	SIAU	PPENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	ene-22	ene-22
		3.2 Publicar Mapa de Riesgos de Corrupcion en la pagina web Institucional.	Mapa de Riesgos de Corrupcion Publicado en Pagina Web Institucional.	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	Oficina Asesora de Planeacion SISTEMAS	ene-22	ene-22
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	4. Monitoreo y Revisión	4.1 Presentar Informe del avance sobre las acciones de control de los Riesgos de Corrupcion a la oficina de Control Interno y Aplicar ajustes en caso que lo Requerian	3 Informes de Seguimiento a Mapa de Riesgos de Corrupcion	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	ABRIL AGOSTO DICIEMBRE - 22	ABRIL AGOSTO DICIEMBRE - 22
		4.2 Realizar el Monitoreo a los Controles de los Riesgos de Corrupcion Identificados en el Mapa de Riesgos de Corrupción	Evidencia atravez de Acta del seguimiento Realizado al Mapa de Riesgos de Corrupcion	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	ABRIL AGOSTO DICIEMBRE - 22	ABRIL AGOSTO DICIEMBRE - 22

Componente 2: Racionalizacion de Tramites - Mapa de Riesgos de Corrupcion

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE		ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Racionalizacion de Tramites	1. Identificacion de Tramites	1	Identificar y Clasificar las Necesidades de Informacion y Tramites de los Usuarios Percibidas Atraves de las Quejas Reclamos y Sugerencias Recepcionadas Durante la Vigencia 2021	Diagnostico de las necesidades de Nuevos Tramites	CEGDOC SIAU	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	abr-22	abr-22
Racionalizacion de Tramites	2. Priorización de Tramites	2	Definir Estrategias de Manejo de Tramites en Tres Procesos Priorizados	Analisis de Tramites Priorizados	CEGDOC SIAU ARCHIVO Y ESTADISTICA	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	may-22	may-22
Racionalizacion de Tramites	3. Racionalizacion de Tramites	3.1	Definir y Ejecutar las Estrategias de Cada Tramite Priorizado Para Racionalizar	Ejecucion de Las Estrategias de Racionalizacion de Tramites	CEGDOC SIAU	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	jun-22	jun-22
		3.2	Realizar Monitoreo De Tramites Racionalizados	Monitoreo Evidenciado en el SUI	CEGDOC SIAU	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	jul-22	jul-22
		3.3	Seguimiento y Medicion de Tramites Racionalizados	Seguimiento y Medicion Evidenciado en el SUI	Control Interno de Gestión	CEGDOC SIAU	oct-22	oct-22

Componente 3: Rendición de Cuentas - Mapa de Riesgos de Corrupción

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Rendición De Cuentas	1. Informacion De Calidad y En Lenguaje Comprensible	1.1 Identificar y Analizar Todos los insumos Requeridos Para Asegurar la Rendición De Cuentas 2021	Informe de Gestion 2021	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	mar-22	mar-22
		1.2 Programar y ejecutar reunión para realizar la planeación de la rendición de cuentas para el año 2021. (Esta programación debe incluir la caracterización de las partes interesadas a las cuales va dirigida la rendición de cuentas, el medio a utilizar y la posible fecha de ejecución).	Acta de planeación de la estrategia de rendición de cuentas	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	feb-22	feb-22
		1.3 Informar Cronograma de Audiencia Publica de Rendición de Cuentas	Cronograma Publicado en Pagina Web Socialización en Medios de Amplia Circulación	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	PRENSA SISTEMAS	feb-22	feb-22
		1.4 Difundir la estrategia de Rendición de Cuentas	Difusión	PRENSA SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	feb-22	feb-22
		1.5 Diseñar y publicar Tarjeta de Invitación a la Audiencia Pública, a través de la Pagina Web, Correo Electrónico, personal	Tarjeta De Invitación	PRENSA SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	feb-22	feb-22
	2. Diálogo de doble vía con la Ciudadanía y sus Organizaciones	2.1 Definición de Acciones para motivar la cultura de rendición de cuentas	Identificación e Implementación De Acciones Para Incentivar La Cultura de Rendición de Cuentas en los Colaboradores de la ESE HUEM	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	mar-22	mar-22
		2.2 Recolectar y consolidar las inquietudes y solicitudes de la comunidad recibidas con antelación a la audiencia de rendición de cuentas para dar trámite oportuno por los responsables	Inquietudes y solicitudes recolectadas	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	mar-22	mar-22
		2.3 Promover el uso de las redes sociales como mecanismo de dialogo permanente con el ciudadano	Informe de Difusión y seguimiento al uso de redes	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	PRENSA	mar-22	mar-22
		2.4 Desarrollar La Audiencia Publica De Rendición De Cuentas Según El Marco Legal Vigente	Acta de rendición De Cuentas Publicada	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	abr-22	abr-22
		2.5 Aplicar encuesta y realizar evaluación de los diferentes elementos de la rendición de cuentas	Resultados de la encuesta de percepción de la rendición de cuentas	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	abr-22	abr-22
	3. Incentivos Para Motivar La Cultura De La Rendición y Peticion De Cuentas	3.1 Definición de Acciones para motivar la cultura de rendición de cuentas	Informe de Gestión publicado en términos y requisitos de Ley para Rendición de Cuentas en la Página Web de la ESE HUEM	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	may-22	may-22
		3.2 Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Incluir en cada audiencia de rendición de cuentas realizada a la comunidad, los mecanismos que tiene la institución para fortalecer la participación ciudadana	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	feb-22	feb-22
		3.3 Aplicar encuesta al final de la Audiencia Pública a todos los Participantes, con el fin de evaluar el Proceso de Rendición de Cuentas	Informe de resultado de la encuesta	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	abr-22	abr-22
		3.4 Publicar los informes de Gestion y de Rendición de Cuentas en los distintos canales de comunicación que dispone la ESE HUEM	Acta de rendición De Cuentas Publicada En Pagina Web	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	abr-22	abr-22

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
	4. Evaluación y Retroalimentación a La Gestión Institucional	4.1 Retrolimentar los resultados de las audiencias públicas a los directores y líderes de los procesos para que los tengan en cuenta como insumos en la implementación del modelo de mejoramiento institucional.	Plan de Mejoramiento	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	TODOS	abr-22	abr-22
		4.2 Evaluación y retroalimentación de la Gestión de Rendición de Cuentas	Acta Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	abr-22	abr-22
		4.3 Implementar una estrategia de visibilización de la gestión institucional a través de las redes sociales: canal de youtube, cuenta twitter, instagram y facebook.	Estrategia de visibilización implementada	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-22	ene-22

Componente 4: Mecanismos Para Mejorar Atencion Al Ciudadano - Mapa de Riesgos de Corrupcion

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Mecanismos Para Mejorar Atencion Al Ciudadano	1. Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1 Realizar Informes De La Gestion de PQRS Para Toma De Decisiones	Informe Trimestral	CEGDOC SIAU	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	mar-22	dic-22
		1.2 Gestionar los PQRSD Dentro de los terminos Estalecidos Por La Normatividad	Indicador de Respuesta de PQRS	CEGDOC SIAU	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	ene-22	dic-22
	2. Fortalecimiento De Los Canales De Atencion	2.1 Revisar y actualizar la información relacionada con la atención al ciudadano en la página web (Tener en cuenta lo establecido en la estrategia del Gobierno en línea)	Página web actualizada	SIAU SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	ene-22	dic-22
		2.2 Mantener herramientas de TIC como el Chat y Facebook, en la cual se facilite la consulta ciudadana y brinde información a los usuarios en tiempo real	Herramientas tics Implementadas	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	feb-22	dic-22
	3. Talento Humano	3.1 Capacitar servidores publicos del ESE HUEN en Vocacion de Servicio Orientado al paciente y Su Familia	Colaboradores Capácitados	Desarrollo humano y organizacional	TALENTO HUMANO	may-22	may-22
		3.2 Medicion Clima Laboral	Informe Diagnostico	Desarrollo humano y organizacional	TALENTO HUMANO	jul-22	dic-22
	4. Normativo y Procedimental	4.1 Publicar de manera semestral el informe de gestión de las PQRS	Infonnes PQRS	CEGDOC SIAU	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	jun-22	dic-22
		4.2 Realizar medición de la calidad de la respuesta a las expresiones de los usuarios y realizar ajustes pertinentes según hallazgos.	Informe de calidad de la respuesta	CEGDOC SIAU	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	abr-22	abr-22
	5. Relacionamiento Con El Ciudadano	5.1 Estrategia para el fortalecimiento de la Asociacion de usuarios	Elaborar Plan de Participacion social en salud	SIAU	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	ene-22	feb-22
		5.2 Realizar medición de la satisfacción de los usuarios y sus familias con el proceso de atención (Encuesta mensual y encuesta aplicada anualmente) y utilizar esta información como fuente en las reuniones de los grupos de mejoramiento según aplique	Informe de satisfaccion mensual y anual	CEGDOC SIAU	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	ene-22	dic-22

Componente 5: Mecanismos Para La Transparencia y Acceso a La Información - Mapa de Riesgos de Corrupción


COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Mecanismos Para La Transparencia y Acceso a La Información	1. Lineamientos de Transparencia Activa	Revisar y Actualizar La Información Publicada En La Pagina Web Institucional Con El Fin De Optimizar El Acceso A La Información Pública	Pagina Web Actualizada	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-22	mar-22
	2. Lineamientos de Transparencia Pasiva	Gestionar la respuesta a las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la ley	Responder de forma oportuna los requerimientos de información conforme a los términos establecidos en la ley.	TODOS	TODOS	ene-22	nov-22
	3. Elaboración Los Instrumentos De Gestión De La Información	3.1 Revisar y Actualizar los Instrumentos De Gestión De Información (Registro de Activos de la Información, Índice de Información Clasificada y De Reserva Legal).	Registro De Activos De Información Actualizado	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	dic-22	dic-22
		3.2 Socializar El Procedimiento de Registro de Activos De Información Clasificada y Reservada y El Esquema De Publicación	Evidencias De Socialización	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	feb-22	feb-22
	4. Criterio Diferencial De Accesibilidad	4.1 Realizar diagnóstico de la información y el criterio diferencial de accesibilidad de acuerdo a lo requerido por la norma	Documento diagnóstico	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-22	mar-22
		4.2 Publicar y mantener actualizada la información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, Ley 1712 de 2014, en diversos formatos.	Información publicada y actualizada en diversos formatos	SISTEMAS PRENSA	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-22	dic-22
	5. Monitoreo Del Acceso A La Información Pública	5.1 Realizar seguimiento bimestral a la implementación de los aspectos establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la información pública.	Sitio web Transparencia y acceso a la información pública actualizado.	SISTEMAS PRENSA	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-22	dic-22
		5.2 Elaborar contenidos en la página web para personas en condición de discapacidad psicosocial (mental) o intelectual de lectura fácil con cuerpo de letra mayor, videos sencillos con ilustraciones y audios de fácil comprensión	Contenidos pagina web	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	may-22	may-22
		5.3 Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información	Informe de acceso a la información	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	nov-22	nov-22

Iniciativas Adicionales - Mapa de Riesgos de Corrupcion

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL
Iniciativas Adicionales	1. Iniciativas Adicionales	1.1 Realizar Actividades Para Fortalecer La Apropiacion De Los Valores Establecidos En El codigo de Integridad y buen Gobierno	Actividades Realizadas	TALENTO HUMANO	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	mar-22	sept-22
		1.2 Realizar Capacitaciones Orientadas a Fortalecer La Gestion Del Riesgo Institucional	Capacitaciones Realizadas	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	TALENTO HUMANO	feb-22	ago-22

Jorge Hernández
 Especialista en acreditación


Dra. Doris Angarita Acosta
Asesora de planeación y calidad


Dra. Rosa Xiomara Rodríguez Ortaño
Superfente Administrativa y Financiera

26 30 28
17 24 29

[Handwritten Signature]

Dra. Maribel Trujillo Botella
Subgerente Salud